



Offentlige legemiddelutgifter

En oversikt over utviklingen i Norge
i perioden 2013–2024

Publiseringsår: 2025

oslo**economics**

Forord

Ulike beskrivelser av utviklingen i offentlige legemiddelutgifter

Hvor mye penger det offentlige bruker på legemidler, og hvordan utgiftene utvikler seg, er av interesse for ulike samfunnsaktører og allmenheten generelt. Det er imidlertid variasjon i tallgrunnlaget og kildene som benyttes for å belyse disse størrelsene. Det er også variasjon i hvilke konklusjoner som trekkes om den faktiske utviklingen, og det kan oppstå misforståelser når ulike tallgrunnlag benyttes.

Oslo Economics har i arbeidet med denne rapporten forsøkt å identifisere offentlige tilgjengelige kilder til statistikk over legemiddelutgiftene i Norge. Videre har vi sammenlignet disse med hverandre for å få en forståelse av hva de ulike kildene inkluderer og hvordan tallgrunnlaget er rapportert og formidlet over tid. Denne rapporten inkluderer statistikk tilbake til 2013. Denne tidsperioden er valgt fordi det er perioden vi har informasjon fra kildene som er benyttet.

Formålet med denne rapporten

Formålet med denne rapporten er å presentere så presise data for utviklingen av offentlige legemiddelutgifter i Norge som mulig. Vi forsøker ikke å svare på hva som er riktig eller hensiktsmessig bruksmønster, hva legemiddelutgiftene burde være eller hva som er en høy eller lav vekst i utgiftene.

Utgiftene til legemidler presenteres ofte som en andel av totale helseutgifter. Dette er en relevant tallstørrelse blant annet ved sammenligninger på tvers av land. Ved slike sammenligninger er det flere forhold som er viktig å ta hensyn til. Dette kan være håndtering av avgifter eller justering for ikke- offentlige rabatter. Videre har innretningen av helse- og omsorgstjenesten (for eksempel andel offentlig/privat finansieringsansvar, grad av formell versus uformell pleie mv.) betydning for de totale offentlige helseutgiftene, og dermed også for legemiddelutgiftenes andel av totalen. Vi presenterer ikke sammenligninger på tvers av land i denne rapporten.

Data som utgangspunkt for videre diskusjon

Hensikten med rapporten er å gi et bilde av de samlede offentlige utgiftene til legemidler, basert på offentlig tilgjengelige data. Vårt mål har vært å gi en transparent og korrekt gjengivelse av den faktiske utviklingen i utgiftene.

Dersom leseren har innspill til forbedringer eller andre datakilder som kan bidra til å øke nøyaktigheten i analysene, ta gjerne kontakt med ansvarlig partner i Oslo Economics, Christoffer Bugge (cbu@osloeconomics.no).

Datakilder benyttet i rapporten

I denne rapporten oppsummerer vi statistikk fra en rekke offentlige kilder. Vi benytter hovedsakelig data fra **Statistisk Sentralbyrå (SSB)**, **Helsedirektoratet (Hdir)** og **Statsregnskapet**.

Vi har vært i kontakt med samtlige dataeiere for å forstå hva som inngår i statistikken, hvor dataen er hentet fra og hvordan rapporteringen har endret seg over tid. Dette er gjort for å sikre at vi fremstiller dataene på samme format.

Videre har vi sett hen til SSB for statistikk på konsumprisindeksen i samme periode som dataene vi presenterer, og til **Legemiddelregisteret** for å innhente statistikk på utvikling i legemiddelforbruk (antall definerte døgndoser (DDD), mv.).

Se rapportens vedlegg for en nærmere beskrivelse av fremgangsmåte, datakilder og forutsetninger.

Sammendrag

Legemiddelutgiftene har utgjort en stabil andel av totale offentlige helseutgifter siden 2017

Utgifter til legemidler finansiert av det offentlige har holdt seg relativt stabile de siste årene, målt som andel av totale offentlige helseutgifter. Mellom 2013 og 2017 økte andelen fra 4,8 til 5,7 prosent, men har siden holdt seg mellom 5,4 og 5,7 prosent. Det betyr at de offentlige legemiddelutgiftene siden 2017 har økt omtrent like mye som de totale offentlige helseutgiftene.

I spesialisthelsetjenesten har legemiddelutgiftene som andel av samlede driftsutgifter gått ned siden 2013, når vi korrigerer for budsjettoverføringer som følge av endret finansieringsansvar. De siste fem årene har andelen ligget stabilt rundt 6 prosent. Ser man på øvrige utgifter i spesialisthelsetjenesten utgjør lønnsutgifter den klart viktigste utgiften (>50 prosent). For folketrygden utgjør utgifter til legemidler rundt 2,5 prosent av folketrygdens samlede utgifter. Andelen har økt fra 1,3 prosent i 2013 korrigert for budsjett-overføringer i perioden.

Kommunenes utgifter til legemidler og offentlige utgifter til vaksiner (inkl. covid-19-vaksiner) utenom blåreseptordningen er ikke inkludert i denne statistikken. Det finnes i dag lite tilgjengelig data om kommunenes legemiddelbruk, men ifølge SSB utgjør disse utgiftene i underkant av én milliard kroner per år.

Befolkningsendringer er en viktig driver for utviklingen

Utgiftsveksten utover den generelle prisveksten (inflasjon), er i stor grad drevet av befolkningsendringer. Både som følge av at befolkningen generelt vokser, og som følge av at en større andel av befolkningen er eldre.

Fra 2013 til 2024 har den samlede befolkningen økt fra 5 til 5,5 millioner personer. Det tilsvarer en økning på 10 prosent. I samme periode har personer over 70 år har gått fra å utgjøre 11 prosent av befolkningen til 14 prosent av befolkningen.

Befolkningen har stadig tilgang til flere legemidler og økt forbruk gir høyere utgifter

Når flere personer henter ut reseptbelagte legemidler og befolkningen vokser, innebærer dette en økning i antall utleverte definerte døgndoser (DDD). Mellom 2013 og 2024 har totalt antall utleverte DDD økt med om lag 50 prosent. Dette inkluderer alle reseptbelagte legemidler, også egenfinansierte legemidler som ikke betales av det offentlige.

I tillegg til demografiske endringer skyldes økningen at det i dag finnes flere legemidler og at hver enkelt bruker mer legemidler enn før. Det betyr at både andelen som får utlevert reseptbelagte legemidler har økt, og at disse personene henter ut flere doser enn før.



Stabile utgifter til legemidler som andel av helseutgiftene siden 2017

Legemidler utgjør om lag 5,7 prosent av totale offentlige helseutgifter, og har holdt seg rundt dette nivået siden 2017. I perioden fra 2013 til 2017 økte legemiddelutgiftene noe mer enn de totale helseutgiftene. Fra 2017 har legemiddelutgiftene økt 53 prosent, mens de totale helseutgiftene har økt 51 prosent i løpende priser.



Befolkningsendringer er en viktig driver for utviklingen

Utgiftsveksten utover den generelle prisveksten (inflasjon) drives i stor grad av befolkningsendringer. Befolkningen vokser, og en stadig større andel er eldre. I 2013 hentet 69 prosent av befolkningen ut minst ett reseptbelagt legemiddel, mot 75 prosent i 2024.



Flere legemidler er tilgjengelig, og hver enkelt bruker mer enn før

En rekke nye behandlingsalternativer blir tilgjengelig til pasienter hvert år. I tillegg til at større andel av befolkningen tar legemidler nå enn før, bruker den enkelte mer legemidler enn tidligere. Mellom 2013 og 2024 har totalt antall utleverte døgndoser økt med om lag 50 prosent.

Innhold

Kapittel 1: Utvikling i offentlige utgifter til legemidler

- Finansiering av legemidler i Norge
- Utvikling i offentlige utgifter til legemidler
- Utgifter som andel av totale offentlige helseutgifter
- Drivere bak utviklingen i legemiddelutgiftene

Kapittel 2: Utvikling i folketrygdens legemiddelutgifter

- Legemidler finansiert av folketrygden
- Folketrygdens samlede utgifter

Kapittel 3: Utvikling i spesialisthelsetjenesten legemiddelutgifter

- Legemidler finansiert av spesialisthelsetjenesten
- Spesialisthelsetjenestens samlede utgifter
- Legemiddelutgifter etter bruksområde
- Utvikling i utgifter fordelt på bruksområder

Vedlegg

- Datakilder, forutsetninger og fremgangsmåte
- Supplerende tabeller

Finansiering

Arbeidet med denne rapporten er finansiert av det biofarmasøytiske selskapet Bristol Myers Squibb.

Oslo Economics er alene ansvarlige for innholdet som presenteres i rapporten.



KAPITTEL 1

Utvikling i offentlige utgifter
til legemidler

Finansiering av legemidler i Norge

Bakgrunn og formål

Formålet med denne rapporten er å presentere data om **offentlige utgifter** til legemidler, herunder hvordan disse har utviklet seg over tid, hvordan utgiftene fordeles seg på ulike finansieringskilder og sentrale drivere for utviklingen.

Offentlige utgifter forbundet med vaksinerings mot covid-19 er ikke inkludert i rapporten. Basert på tall fra FHI utgjorde disse kostnadene henholdsvis 2,8 milliarder i 2021, 2,9 milliarder i 2022 og 137 millioner i 2023 (FHI, 2024).

Tredelt offentlig finansieringsansvar

I Norge er det et tredelt finansieringsansvar for legemidler, utover husholdningenes egenbetaling ([Hdir, 2019](#)). Legemidler som finansieres av det offentlige fordeles på folketrygden, kommunene og spesialisthelsetjenesten (de regionale helseforetakene).

Folketrygden yter stønad til legemidler etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). Stønad fra folketrygden er begrenset til legemidler hvor primærhelsetjenesten har behandlingsansvaret. I 2024 hadde folketrygden legemiddelutgifter på 13,3 milliarder kroner ekskludert merverdiavgift.

Kommunene har finansieringsansvar for legemidler brukt i kommunale institusjoner, og skal tilby og gjennomføre vaksinerings i henhold til nasjonale vaksinasjonsprogram. Det finnes ingen offentlig tilgjengelig statistikk over kommunenes legemiddelutgifter, men vi får oppgitt fra SSB at disse var «*mindre enn én milliard*» i 2024.

Spesialisthelsetjenesten består av de regionale helseforetakene (RHFene), og har finansieringsansvar for legemidler som faller inn under spesialisthelse-

tjenestens behandlingsansvar, herunder:

- Legemidler brukt i sykehus (inkl. poliklinikk)
- Legemidler som fremgår av egen liste i blåreseptforskriften
- Legemidler som benyttes i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- Legemidler som benyttes i forbindelse med tvunget psykisk helsevern
- Utprøvende legemiddelbehandling både i kliniske studier og til enkeltpasienter

Spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler var 11,7 milliarder kroner ekskludert merverdiavgift i 2024.

I tillegg kommer **husholdningenes egenbetaling** for reseptbelagte legemidler. Dette gjelder hovedsakelig for legemidler på hvit resept og egenandeler ved blå resept. Det finnes ingen oppdatert statistikk over husholdningenes legemiddelutgifter, men i 2022 var disse 10,8 milliarder kroner ekskludert merverdiavgift i følge SSB. I denne rapporten ser vi ikke på husholdningers legemiddelutgifter.

Overføring av budsjettansvar

I perioden 2012 til 2023 har ansvaret for flere legemiddelområder blitt overført fra folketrygden til H-reseptordningen i spesialisthelsetjenesten. Vi har hensyntatt budsjettoverføringer i rapporten, basert på informasjon fra Helsedirektoratet ([2025](#)), ved å korrigere for denne endringen. Det vil si at der budsjettansvaret for et legemiddelområde er overført til spesialisthelsetjenesten, har vi korrigert for dette bakover i tid i ved presentasjon av data. Rapporten tar dermed for seg de legemiddelområdene som hhv. folketrygden og spesialisthelsetjenesten har finansieringsansvar for i dag.



Folketrygdens legemiddelutgifter var **13,3 milliarder** kroner i 2024



Spesialisthelsetjenestens legemiddelutgifter var **11,7 milliarder** kroner i 2024



Det finnes ingen statistikk over kommunenes legemiddelutgifter. SSB opplyser at disse var **under én milliard** i 2024



Siste tilgjengelige tall viser at husholdningenes egenbetaling av legemidler var **10,8 milliarder** kroner i 2022

Kilde: SSB (2023 og 2025a), Statsregnskapet (2025) og Hdir (2025). Alle tall er ekskludert merverdiavgift.

Utvikling i offentlige utgifter til legemidler

7 %

I **løpende priser** har offentlige utgifter til legemidler i gjennomsnitt økt med rundt 7 prosent per år siden 2013



Utgiftsøkningen, utover generell prisvekst (inflasjon), skyldes i hovedsak økt forbruk som følge av endret demografi



Kommunenes legemiddelutgifter utgjør i underkant av én milliard kroner per år, men detaljert statistikk mangler

Offentlige utgifter til legemidler har i gjennomsnitt økt med 7 prosent per år siden 2013

Figur 1 viser hvordan de offentlige utgiftene til legemidler fordeler seg på hhv. folketrygden (blå) og spesialisthelsetjenesten (grønn), når vi korrigerer for budsjettoverføring fra folketrygden til H-reseptordningen. Det vil si at grafen viser utgiftene med utgangspunkt i de legemidlene aktørene har finansieringsansvar for i dag. Figur 1 viser løpende utgifter, og det er dermed ikke korrigert for endringer i forbruk eller inflasjon (den generelle prisveksten i samfunnet).

Utgiftene har hatt en gjennomsnittlig årlig vekst på 7,5 prosent og en årlig vekstrate på 6,8 prosent. Gjennomsnittlig årlig vekst beregnes ved å ta den totale prosentvise økningen og dele den jevnt over antall år – som om veksten var lik hvert år. Årlig vekstrate tar hensyn til at veksten skjer kumulativt, altså at hvert års vekst bygger på nivået fra året før.

Utgiftsøkningen skyldes i hovedsak økt forbruk, som følge av endret demografi

Figur 2 viser samlede legemiddelutgifter korrigert for den generelle prisveksten i samfunnet (inflasjon).

Justert for inflasjon finner vi en gjennomsnittlig årlig vekst på 4,3 prosent og en årlig vekstrate på 3,9 prosent. Denne veksten er drevet av en økning i forbruket av reseptbelagte legemidler i perioden – som har økt med 50 prosent siden 2013. Dette inkluderer både offentlig og egenfinansierte legemidler.

Økningen i forbruk skyldes flere forhold, herunder endret demografi (større befolkning og flere eldre), at en større andel av befolkningen henter ut reseptbelagte legemidler, og at forbruket blant disse har økt.

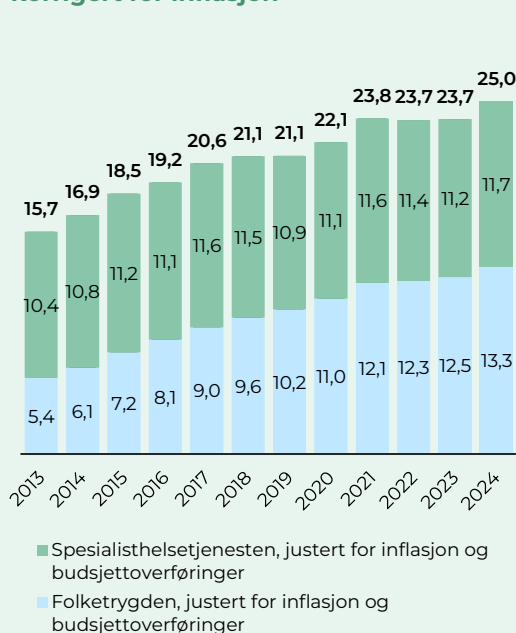
Det finnes i dag få offentlige data om kommunenes legemiddelutgifter. SSB oppgir at kommunenes utgifter til legemidler utgjør i underkant av én milliard kroner per år.

Figur 1: Samlede utgifter til legemidler i løpende priser



Kilde: Hdir (2025), Statsregnskapet (2025) og SSB (2023). Milliarder kroner i løpende priser ekskl. mva. Tall for folketrygden i 2023 og 2024 er delvis estimert, da vi kun har data for direkte refusjoner. Refusjoner ved frikort er estimert basert på tall før 2023.

Figur 2: Samlede utgifter til legemidler korrigert for inflasjon



Kilde: Hdir (2025), Statsregnskapet (2025) og SSB (2023). Milliarder 2024-kroner ekskl. mva. Inflasjonsjustering er basert på SSB (2025b).

Legemiddelutgifter som andel av totale offentlige helseutgifter

5,7 %

Offentlige legemiddelutgifter som andel av totale offentlige helseutgifter har ligget rundt 5 til 6 prosent i perioden 2013 til 2024



Legemiddelutgiftene har vokst i takt med de totale helseutgiftene. Den generelle prisveksten (inflasjon) og demografiske endringer er viktige drivere for både legemiddelutgiftene og de totale helseutgiftene.



Tidligere sto spesialisthelsetjenesten for finansiering av en større andel av legemiddelutgiftene enn folketrygden. I dag har folketrygden finansieringsansvar for halvparten av de offentlige legemiddelutgiftene.

Stabile offentlige utgifter til legemidler

Som andel av totale offentlige helseutgifter, holder offentlige utgifter til legemidler seg relativt stabilt (Figur 3). I perioden fra 2013 til 2017 vokste andelen noe, og etter dette – i perioden fra 2017 til og med 2024 – har andelen ligget stabilt mellom 5,4 og 5,7 prosent.

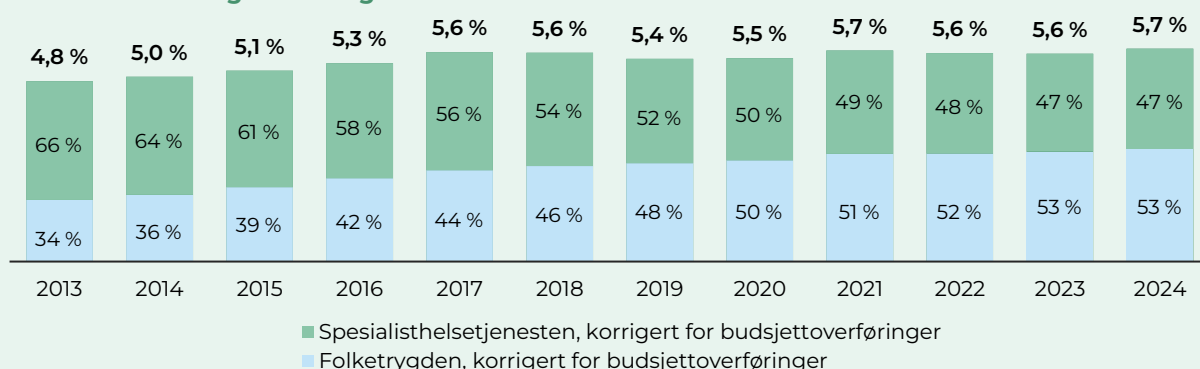
Det betyr at legemiddelutgiftene økte noe mer enn de totale helseutgiftene mellom 2013 og 2017, og at legemiddelutgiftene og de totale utgiftene har vokst omtrent likt etter dette. Fra 2017 har legemiddelutgiftene økt 53 prosent, mens de totale helseutgiftene har økt 51 prosent (løpende priser).

Folketrygden og spesialisthelsetjenesten står i dag for omtrent like stor andel av utgiftene

I 2013 utgjorde de legemiddelområdene spesialisthelsetjenesten har ansvar for i dag 66 prosent av totale offentlige utgifter til legemidler. Dette er altså spesialisthelsetjenestens utgifter korrigert for budsjettoverføringer, og representerer derfor dagens ansvarsområder. Samme år sto folketrygden for 34 prosent av utgiftene til legemidler.

Fordelingen har gradvis endret seg, og i dag står folketrygden og spesialisthelsetjenesten omtrent for halvparten av utgiftene til legemidler hver. Det betyr at det har skjedd en økning i utgiftene til legemidlene som finansieres av folketrygden, relativt til legemidlene som finansieres av spesialisthelsetjenesten.

Figur 3: Utgifter til legemidler finansiert av folketrygden og spesialisthelsetjenesten som andel av totale offentlige helseutgifter



Kilde: Hdir (2025), Statsregnskapet (2025) og SSB (2023). Tall for folketrygden og totale helseutgifter i 2023 og 2024 er delvis estimert basert historiske data, se vedlegg. Merk: Noen av utgiftspostene i Helseregnskapet til SSB (2023) inkluderer merverdiavgift (mva.). Siden mva. ikke er en reell kostnad for staten, har vi ikke inkludert mva. i telleren når vi beregner andelen. Dette betyr at den faktiske andelen kan være noe høyere, fordi nevneren blir noe lavere når mva. tas ut. Det er imidlertid vanskelig å identifisere nøyaktig hvilke poster som inkluderer eller ekskluderer mva., og derfor ikke mulig å skille ut dette presist. Se merknad om dette i vedlegget.

Drivere bak utviklingen i legemiddelutgiftene



Veksten i offentlige legemiddelutgifter utover den generelle prisveksten skyldes i hovedsak økt bruk av legemidler. Totalforbruket øker både som følge av at vi blir flere mennesker og at en større andel av befolkningen er eldre.



Antall utleverte definerte døgndoser i Norge har økt med 48 prosent fra 2013. Det er både flere pasienter som får utlevert reseptbelagte legemidler i dag, og antall utleverte doser per pasient har økt.



Det har vært en vekst i utlevering av reseptbelagte definerte døgndoser i samtlige aldersgrupper, men veksten er størst blant personer over 70 år, i hovedsak som følge av at det har blitt flere i denne gruppen.

Endret legemiddelforbruk er en viktig driver bak økningen i legemiddelutgiftene

Vi har hentet ut statistikk på utlevering av reseptbelagte legemidler fra Legemiddelregisteret til FHI (LMR). Målt i definerte døgndoser (DDD) – en teknisk måleenhet fastsatt av WHO – har utleveringene økt med 48 prosent, fra 2,3 til 3,4 milliarder doser mellom 2013 og 2024 (Figur 4).

Om vi antar at det er en direkte sammenheng mellom økning i forbruk og utgifter, kan vi beregne hva de inflasjonsjusterte legemiddelutgiftene i 2013 ville ha vært med dagens nivå på forbruk (antall DDD). Dette innebærer en antakelse om at det har vært lik vekst i forbruket av offentlig finansierte legemidler og egenfinansierte legemidler (hvit resept), hvilket ikke nødvendigvis er gitt. Med dagens forbruk, er dette beløpet 21,4 milliarder kroner. Til sammenligning var de faktiske legemiddelutgiftene 25,0 milliarder kroner i 2024. Dermed er det en økning på 16,5 prosent totalt over perioden, når vi korregerer for endret forbruk. Dette kan for eksempel skyldes sammensetning av hvilke legemidler som brukes eller introduksjon av nye legemidler.

Flere pasienter henter ut legemidler og hver pasient henter ut mer enn tidligere

I 2013 hentet 69 prosent av befolkningen ut minst ett legemiddel, mot 75 prosent i 2024 (Figur 6). Samtidig økte gjennomsnittlig antall DDD per pasient (definert som en person som brukte minst ett legemiddel) fra 646 til 810 (Figur 7).

I tillegg har befolkningssammensetningen endret seg i perioden, og en større andel av befolkningen er eldre. Ved å holde befolkningen lik som i 2013, kan vi beregne hvor mye av veksten i forbruket som skyldes endret

bruk og hvor mye som skyldes demografi. Vi finner at 22 prosent av veksten i perioden skyldes befolkningsvekst og flere eldre, mens 28 prosent skyldes økt bruk per innbygger (Figur 8).

I 2013 sto aldersgruppen 50-69 år samlet for 40 prosent av de utleverte DDD-ene, mens 70+ gruppen som sto for 34 prosent (Figur 9). Frem mot 2024 økte antall DDD i sistnevnte gruppe med 66 prosent. Antall DDD i gruppen 50-69 år økte til sammenligning 39 prosent. I 2024 står dermed den eldste gruppen for 38 prosent av utleverte DDD, mot 37 prosent i gruppen 50-69 år. Dette skyldes i hovedsak at det er flere eldre.

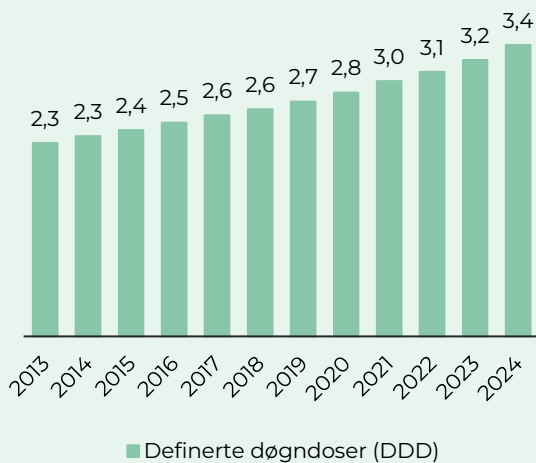
Økning i samtlige aldersgrupper, men bruksområde varierer

Det er noe variasjon i hvilke ATC-grupper som har flest DDD per år for de ulike aldersgruppene (Figur 10). Eksempelvis er utlevering av legemidler rettet mot hjerte og kretsløp økende med alder, og ikke en del av de fem største ATC-gruppene blant personer under 29 år, men den største gruppen blant personer over 50 år. Tilsvarende ser vi at legemidler rettet mot nervesystemet utgjør en større andel blant personer under 50 år enn over 50 år.

I samtlige aldersgrupper har antall DDD av hver av de fem største ATC-gruppene økt mellom 2013 og 2024. Det har vært størst økning i utlevering av legemidler rettet mot fordøyelsesorganer og stoffskifte, som har mer enn doblet seg i alle aldersgrupper. Blant personer under 29 år utgjør legemidler rettet mot urogenital-system og kjønnshormoner i dag en relativt mindre andel av de fem største ATC-gruppene enn i 2013, mens nervesystemet og respirasjonsorganer utgjør en større andel.

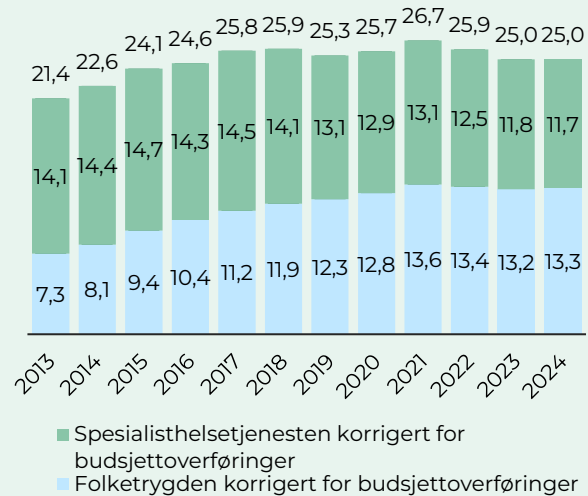
Drivere bak utviklingen i utgiftene 2013-2024

Figur 4: Utvikling i antall definerte døgndoser (DDD)



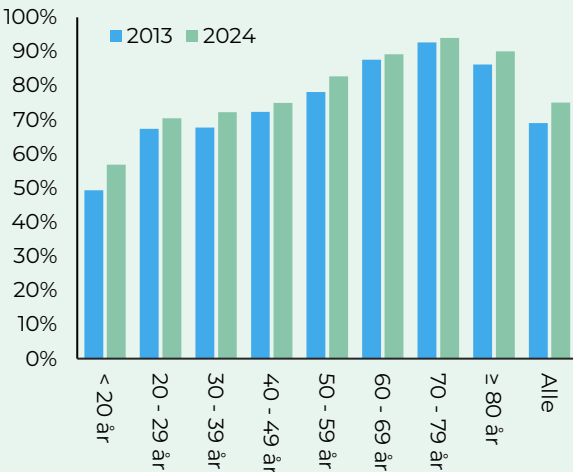
Kilde: FHI (2025). Milliarder DDD. Merk: Statistikken inkluderer alle reseptbelagte legemidler, også legemidler som ikke finansieres av det offentlige (egenfinansierte reseptbelagte legemidler).

Figur 5: Samlede legemiddelutgifter korrigert for inflasjon og endret legemiddelforbruk



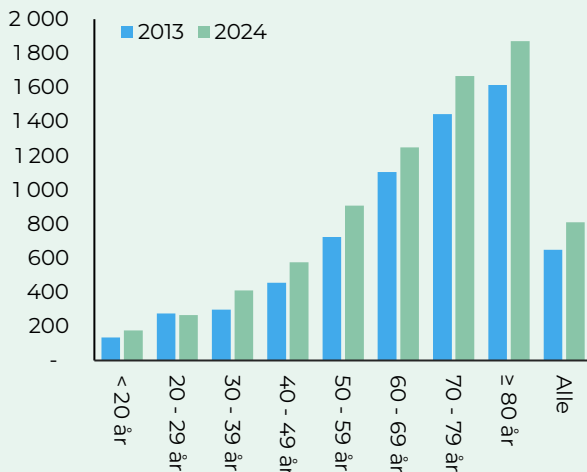
Kilde: Hdir (2025), Statsregnskapet (2025) og SSB (2023). Milliarder 2024-kroner med utgangspunkt i 2024-DDD, ekskl. mva. Vekst i forbruk (DDD) er basert på FHI (2025), og inflasjon (KPI) basert på SSB (2025b).

Figur 6: Andel av befolkningen som tar ut minst ett reseptbelagt legemiddel



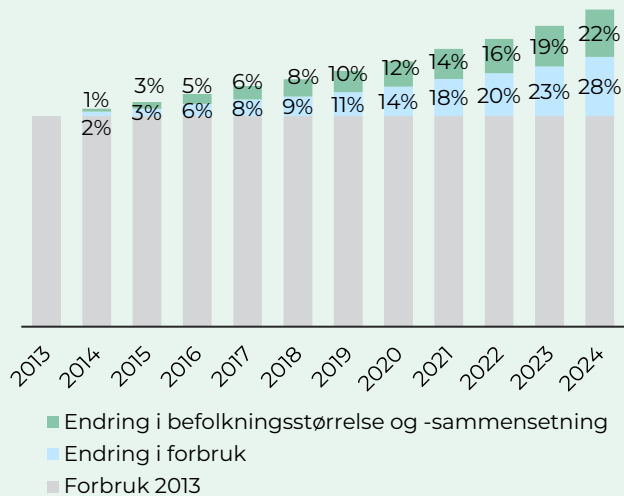
Kilde: FHI (2025). *Pasient defineres her som alle som henter ut minst et reseptbelagt legemiddel per år. Merk: Statistikken inkluderer alle reseptbelagte legemidler, også legemidler som ikke finansieres av det offentlige (egenfinansierte reseptbelagte legemidler).

Figur 7: Gjennomsnittlig antall DDD utlevert per år per pasient*

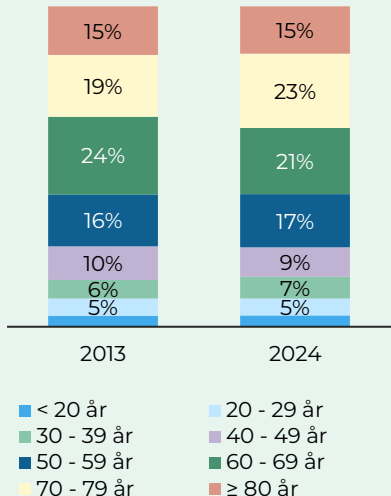


Drivere bak utviklingen i utgiftene 2013-2024

Figur 8: Forklaringer av utvikling i forbruk (DDD)

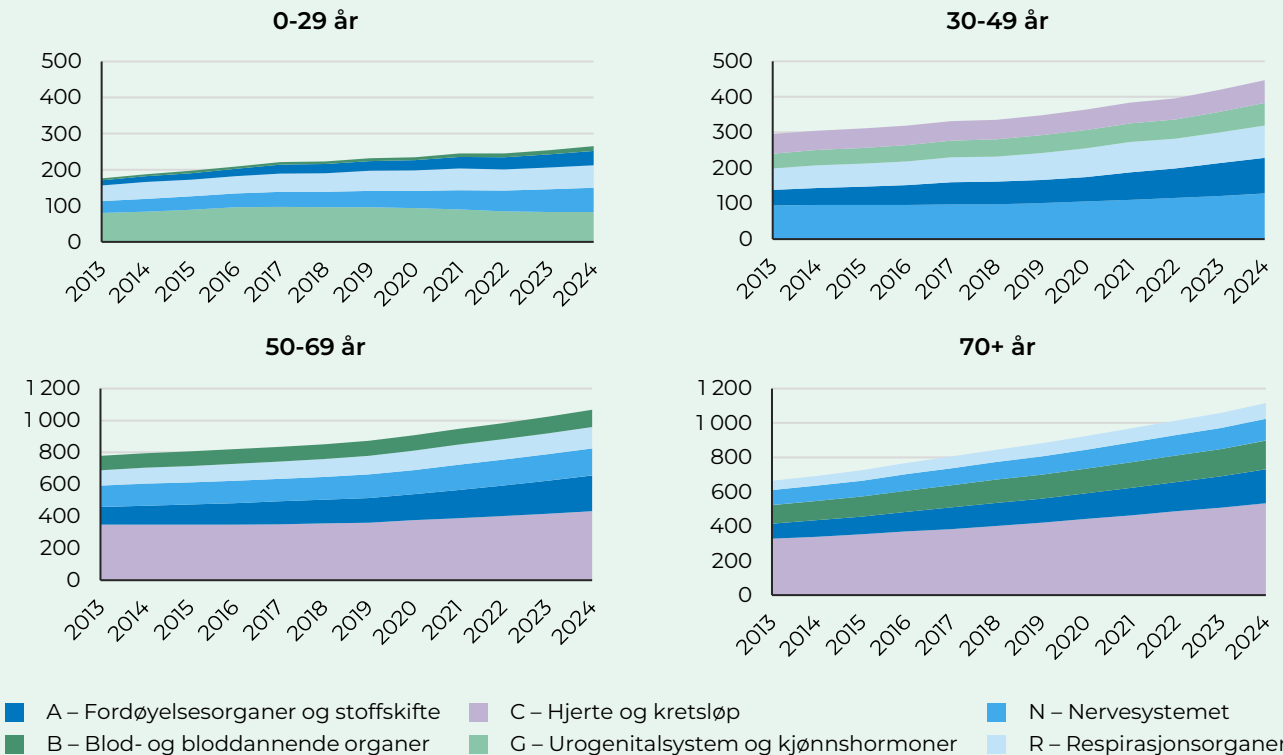


Figur 9: Fordeling av DDD etter alder



Kilde: FHI (2025). Endringen i forbruk er beregnet ved å holde befolkningen konstant som i 2013, og kun endre antall DDD per person etter alder (5-årige aldersgrupper) og kjønn. Merk: Statistikken inkluderer alle reseptbelagte legemidler, også legemidler som ikke finansieres av det offentlige (egenfinansierte reseptbelagte legemidler). I figuren til høyre er dataetiketter mindre eller lik 3 % utelatt for å øke lesbarheten.

Figur 10: Utvikling i utleverte DDD for de fem ATC-gruppene med flest DDD i 2024 per aldersgruppe



Kilde: FHI (2025). Antall millioner DDD. Grafene viser utvikling for de fem ATC-gruppene med flest DDD i 2024 per aldersgruppe. Ulike verdier på aksene for hhv. 0-29 og 30-49 år, og for 50-69 og 70+ år. Merk: Statistikken inkluderer alle reseptbelagte legemidler, også legemidler som ikke finansieres av det offentlige (egenfinansierte reseptbelagte legemidler). Se Tabell 3 i vedlegg 2 for detaljerte tall.

A photograph of a person in a white lab coat, likely a scientist or researcher, working at a computer. Their hands are visible, typing on a keyboard. The background is blurred, showing laboratory equipment and shelves. A large, light green diagonal shape covers the left side of the image, containing the text.

KAPITTEL 2

Utvikling i folketrygdens
legemiddelutgifter

Legemidler finansiert av folketrygden

13.3
mrd.

Folketrygden finansierte legemidler for 13,3 milliarder kroner i 2024



Utgiftene har økt som følge av endret forbruk, inflasjon og endringer i hvilke legemidler ordningen dekker



Justert for inflasjon var økningen størst mellom 2013 og 2020

Økte utgifter til legemidler finansiert av folketrygden

Som Figur 11 viser, har folketrygdens utgifter til legemidler gjennom blåreseptordningen mer enn tredoblet seg fra 2013 til 2024 i løpende priser. Dette er når vi ser på legemiddelutgifter korrigert for budsjettoverføringer, som hensyntar at folketrygden har fått redusert budsjettansvar – det vil si at enkelte av legemidlene folketrygden tidligere finansierte er blitt overført til spesialisthelsetjenesten.

Når vi korierer for inflasjon, finner vi at budsjettkorrigerte legemiddelutgifter har økt fra 5,4 til 13,3 milliarder kroner fra 2013 til 2024 (Figur 12). Selv om folketrygden har fått redusert budsjettansvar, har også en rekke nye legemidler blitt omfattet av blåreseptordningen i denne perioden.

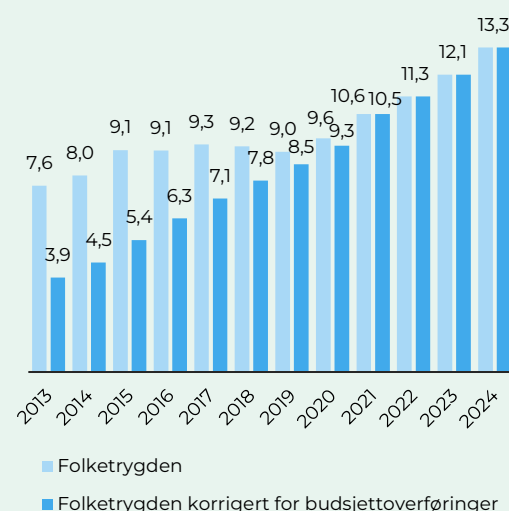
Legemidler utgjør 2,5 prosent av folketrygdens utgifter

Folketrygden er en obligatorisk trygdeordning som gir økonomisk sikkerhet og dekker helseutgifter for alle som bor eller arbeider i Norge. Folketrygdens samlede utgifter økte fra 526 til 662 milliarder kroner mellom 2014 og 2024, justert for inflasjon (Figur 13). Dette tilsvarer en økning på 26 prosent. Legemiddelutgifter utgjør rundt 2,5 prosent av folketrygdens utgifter, og har holdt seg stabilt rundt dette nivået de siste årene. Om vi ser på utgifter korrigert for budsjettoverføringer har det vært en økning i andelen av folketrygdens utgifter til legemidler, fra 1,3 prosent i 2013 til 2,2 prosent i 2020 (Figur 14). Alderspensjon (budsjettposten «alderdom» i statsregnskapet) er den største utgiftsposten til folketrygden.

Ny overføring av finansieringsansvar for legemidler i 2025

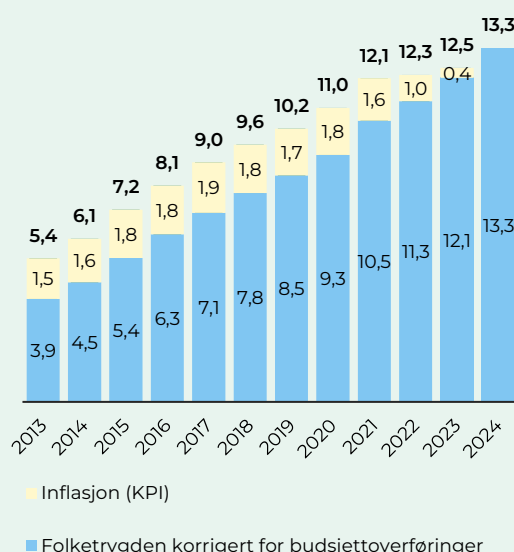
Fra 1. januar 2025 får de regionale helseforetakene finansieringsansvaret for parenteral ernæring (ernæring direkte i blodet), legemidler mot infeksjon til bruk ved infusjon eller injeksjon og legemidler mot tuberkulose (Hdir, 2024). Dette bør hensyntas i eventuelle fremtidige analyser av utgiftene til folketrygden og spesialisthelsetjenesten.

Figur 11: Samlede utgifter til legemidler finansiert av folketrygden i løpende priser



Kilde: Statsregnskapet (2025) og SSB (2023). Milliarder kroner i løpende priser ekskl. mva. Tall for folketrygden i 2023 og 2024 er delvis estimert, da vi kun har data for direkte refusjoner for disse årene. Refusjoner av egenandel ved frikort er estimert basert på tall før 2023, se vedlegg 1.

Figur 12: Samlede utgifter til legemidler justert for inflasjon

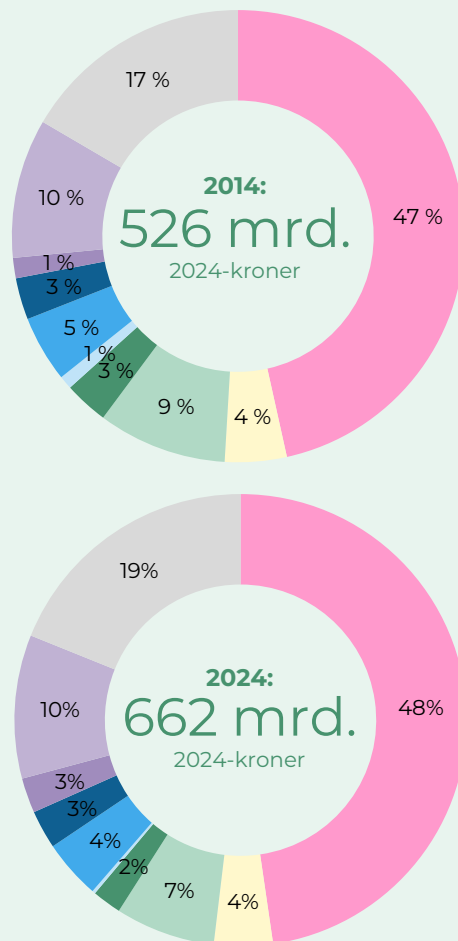


Kilde: Statsregnskapet (2025) og SSB (2023). Milliarder 2024-kroner ekskl. mva. Justering av inflasjon er basert på SSB (2025b).

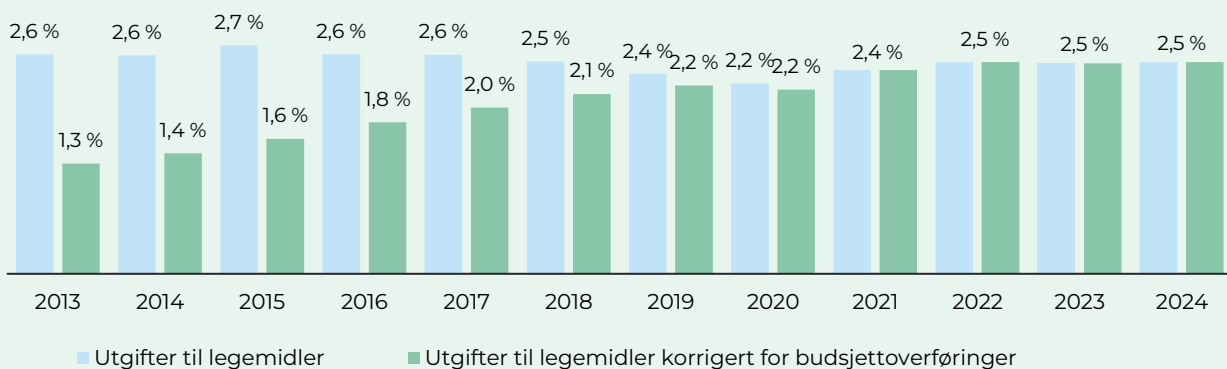
Folketrygdens samlede utgifter

Figur 13: Folketrygdens samlede utgifter

- Alderdom (alderspensjon mv.)
- Andre helseformål
- Arbeidsavklaringspenger
- Arbeidsliv
- Familiestønader
- Foreldrepenger
- Grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler mv.
- Legemidler
- Sykepenger
- Uførhet



Figur 14: Utgifter til legemidler som andel av folketrygdens samlede utgifter



Kilde: Statsregnskapet (2025). Merk at vi sammenligner 2014 og 2024, siden 2014 er eldste tilgjengelige versjon av statsregnskapet. I Figur 13 er folketrygdens samlede utgifter inkludert korrigering for budsjettoverføringer på legemiddelområdet i 2014. Dette påvirker andelen noe, sammenlignet med om man ikke inkluderer denne korrigeringen. Figuren viser dermed hvordan utgiftene fordeler seg med utgangspunkt i de legemidlene folketrygden har budsjettansvar for i dag. Figur 14 viser folketrygdens utgifter til legemidler som andel av folketrygdens samlede utgifter. Blant folketrygdens samlede utgifter, er det hovedsakelig kun legemidler som rapporteres inklusive merverdiavgift. For å beregne denne andelen, har vi derfor brukt legemiddelutgifter inklusive merverdiavgift som teller, og folketrygdens samlede utgifter som nevner.



KAPITTEL 3

Utvikling i spesialisthelse-
tjenestens legemiddelutgifter

Legemidler finansiert av spesialisthelsetjenesten

11,7
mrd.

Spesialisthelsetjenesten finansierte legemidler for 11,7 milliarder kroner i 2024



Utgiftene har økt 13 prosent fra 2013 til 2024 når vi hensyntar inflasjon

5,9 %

Legemidler utgjør 5,9 prosent av helseforetakenes samlede driftskostnader årlig

Spesialisthelsetjenesten finansierte legemidler for 11,7 milliarder kroner i 2024

Spesialisthelsetjenesten har fått økt budsjettansvar i perioden mellom 2013 og 2024. Uten å korrigere for denne endringen, kan det derfor se ut som at helseforetakenes utgifter til legemidler har økt betydelig (Figur 15).

Spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler, inkludert budsjettoverføringer, har økt fra 10,4 til 11,7 milliarder kroner korrigert for inflasjon. Det tilsvarer en økning på 13 prosent (Figur 16). Dermed har spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler har økt relativt lite siden 2013 sammenlignet med folketrygden.

Spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler som andel av totale driftskostnader har gått ned siden 2013 og ligget stabilt rundt 6 prosent de siste fem årene

I 2013 utgjorde legemidler 7,5 prosent av spesialisthelsetjenestens samlede driftskostnader. Andelen økte til 8,6 prosent i 2014, før den falt gradvis til 5,9 prosent i 2019 og har holdt seg stabilt rundt dette nivået siden (Figur 18).

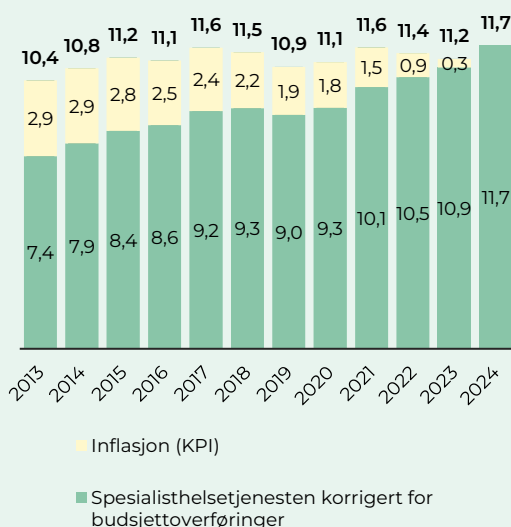
Lønn er den største kostnadsdriveren i spesialisthelsetjenesten, og utgjør halvparten av de totale driftskostnadene til helseforetakene. Videre utgjør kjøp av private helsetjenester og pensjon en større andel av utgiftene, enn det legemidler gjør.

Figur 15: Samlede utgifter til legemidler finansiert av spesialisthelsetjenesten i løpende priser



Kilde: Hdir (2025). Milliarder kroner ekskl. mva.

Figur 16: Samlede utgifter til legemidler korrigert for inflasjon

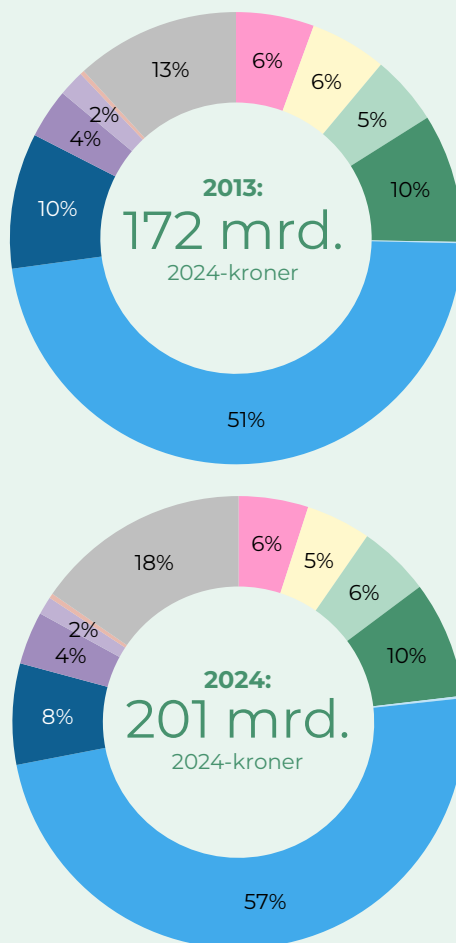


Kilde: Hdir (2025). Milliarder 2024-kroner, ekskl. mva. Justering av inflasjon er basert på SSB (2025b).

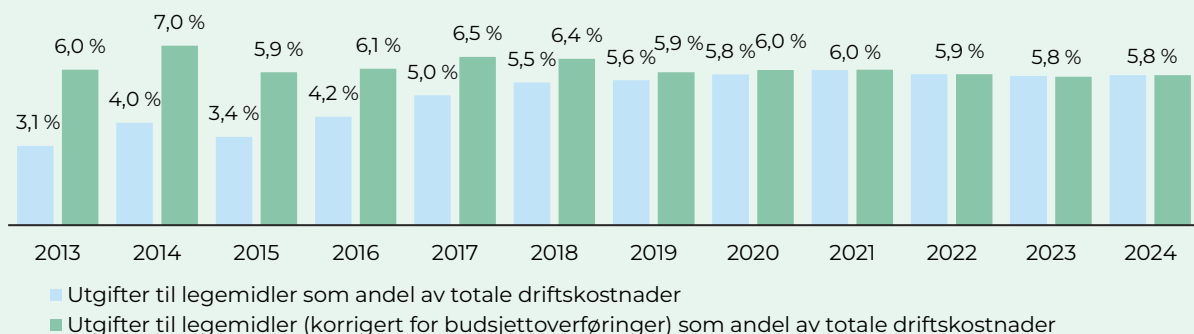
Spesialisthelsetjenestens samlede utgifter

Figur 17: Folketrygdens samlede utgifter

- Legemidler korrigert for budsjettoverføringer
- Andre medisinske forbruksvarer
- Kjøp av offentlige helsetjenester
- Kjøp av private helsetjenester
- Kjøp av behandling i utlandet
- Lønn og andre personalkostnader, ekskl. pensjon
- Pensjonskostnader
- Avskrivninger
- Pasienttransport
- Kjøp og leie av medisinsk teknisk utstyr
- Andre driftskostnader



Figur 18: Utgifter til legemidler som andel av totale driftskostnader



Kilde: Hdir (2024) og SSB (2025a). I Figur 17 er totale driftskostnader inkludert korrigering for budsjettoverføringer på legemiddelområdet i 2013. Dette påvirker andelen noe, sammenlignet med om man ikke inkluderer denne korrigeringen. Figuren viser dermed hvordan utgiftene fordeler seg med utgangspunkt i de legemidlene spesialisthelsetjenesten har budsjettansvar for i dag. Merk at andelen summerer seg til mer enn 100. Dette skyldes at totale driftskostnader (nevneren) inkluderer korrigeringer for salg til andre foretak i spesialisthelsetjenesten, uten at de enkelte kostnadskomponentene er korrigert for dette. I første versjon av rapporten var totale driftskostnader ikke korrigert.

Merknad til Figur 18: Noen av utgiftspostene som inngår i spesialisthelsetjenestens totale driftsutgifter (SSB 14022) er inkl. mva., mens andre er ekskl. mva. Siden mva. ikke er en reell kostnad for staten, har vi ikke inkludert mva. i telleren når vi beregner andelen. Dette betyr at den faktiske andelen kan være noe høyere, fordi nevneren blir noe lavere når mva. tas ut. Det er imidlertid vanskelig å identifisere nøyaktig hvilke poster som er inkl./ekskl. mva., og derfor ikke mulig å skille ut dette presist. Se merknad om dette i vedlegget.

Legemiddelutgifter etter bruksområde



Spesialisthelsetjenestens legemiddelutgifter fordeler seg i dag omtrent likt mellom legemidler brukt i sykehus og H-resept



Av utgiftene til H-resept har det vært en økning i andelen av utgiftene til sjeldne sykdommer, fra 4 prosent i 2017 til 22 prosent i 2023



Blant legemidler brukt i sykehus har kreftlegemidler vært den største utgiftsposten siden 2013

Helseforetaksfinansierte legemidler brukt utenfor sykehus

Justert for inflasjon og budsjettoverføringer, har utgiftene i H-reseptordningen gått ned, fra 7,3 milliarder i 2015 til 5,9 milliarder i 2024 (Figur 19). Som påpekt av Helsedirektoratet har veksten i utgiftene vært lavere enn overføringene av finansieringsansvaret ([Hdir, 2025](#)). Dette kan skyldes både lavere forbruk og lavere pris enn forutsatt i budsjettoverføringene.

Det har skjedd en endring i hvilke bruksområder som står for de største utgiftene til H-resept (se to neste sider). Andelen utgifter til legemidler mot sjeldne sykdommer har økt fra 4 prosent i 2017 til 22 prosent i 2023. Samtidig har utgiftene til multipel sklerose falt fra 14 til 6 prosent. HIV-forebygging og -infeksjoner har blitt en del av spesialisthelsetjenestens ansvar i løpet av perioden, og utgjorde 6 prosent av utgiftene i 2023.

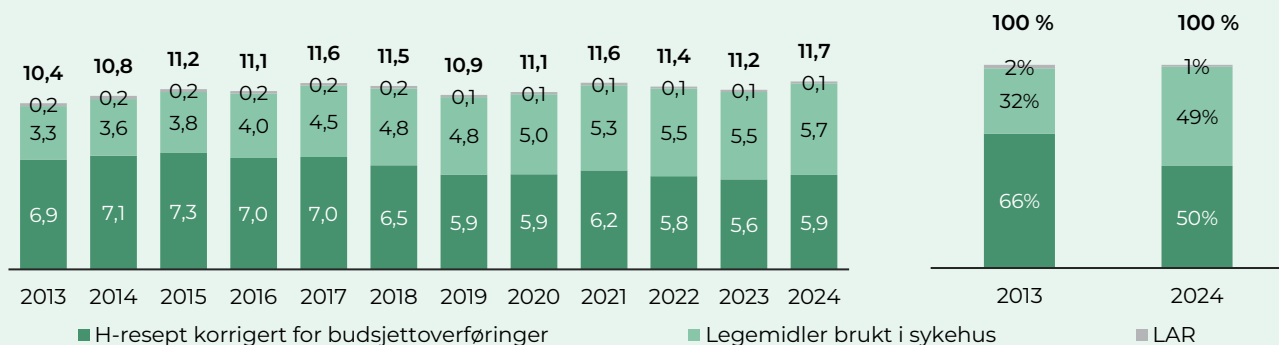
Legemidler brukt i sykehus

Legemidler brukt i sykehus utgjør en større andel av spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler i dag enn for ti år siden (med korrigering for budsjett-overføringer). Det har også skjedd en endring i hvilke typer legemidler utgiftene går til.

Kreft har vært den største utgiftsposten siden 2013, og andelen har økt fra 26 prosent i 2013 til 40 prosent i 2023 (inkludert PD1/PDL1-hemmere). Veksten i utgifter til kreftlegemidler er særlig drevet av innføringen av PD1/PDL1-hemmere, der utgiftsveksten var betydelig i perioden 2016 til 2021. Fra 2021 til 2023 har utgiftene vært relativt stabile, selv om flere pasienter har fått tilgang.

Samtidig har utgiftene til TNF-hemmere og legemidler mot multipel sklerose gått ned, både i andel og i kroner.

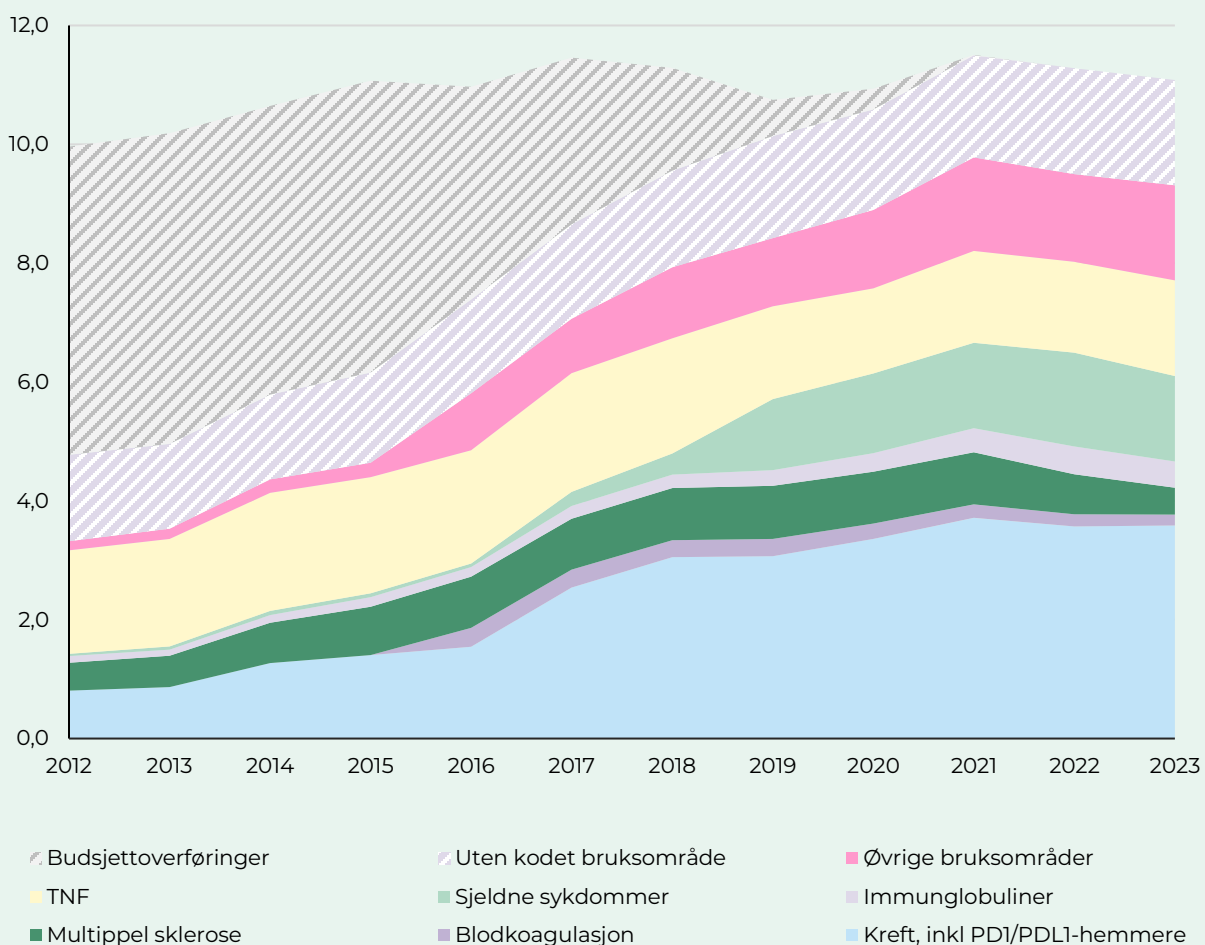
Figur 19: Spesialisthelsetjenestens legemiddelutgifter, med korrigering for budsjettoverføring og inflasjon



Kilde: Hdir (2025). Figuren til venstre viser milliarder kroner i ekskl. mva. Figuren til høyre viser hvordan utgiftene fordelte seg på de tre bruksområdene i hhv. 2013 og 2024, og viser inflasjonsjusterte utgifter. Begge figurer er inkludert korrigering for budsjettoverføringer.

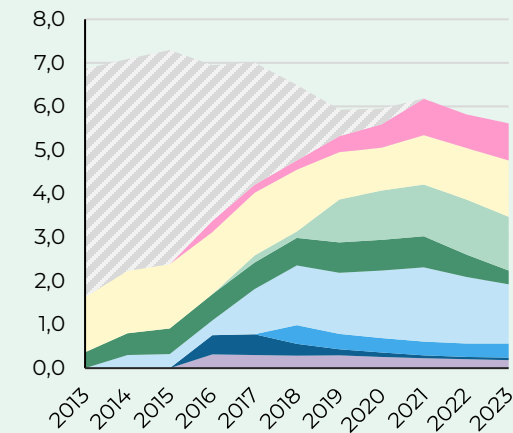
Legemiddelutgifter etter bruksområde

Figur 20: Utvikling i fordeling av utgifter til legemidler i spesialisthelsetjenesten etter bruksområde, i 2024-kroner

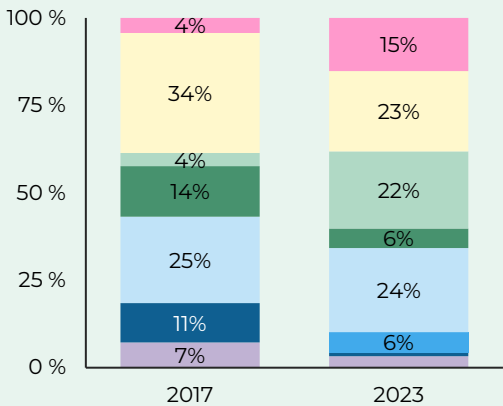


Kilde: Hdir (2025). Tall i milliarder 2024-kroner. I figuren har vi slått sammen to tabeller, hhv. utgifter til legemidler gjennom H-resept per bruksområde og utgifter til legemidler brukt i sykehus etter bruksområde. Klassifiseringen av bruksområder følger Hdirs inndeling. Øvrige bruksområder inkluderer veksthormoner, narkolepsi, transtyretin amyloidose, kolonistimulerende, alvorlig astma, nevroendokrine svulster, immun-globuliner, anemi, øye, HIV-forebygging og -infeksjon, hepatitt B og C, LAR/Opioidavhengighet og kronisk nyresykdom.

Figur 21: Utvikling i fordeling av utgifter til legemidler på H-resept etter bruksområde, i 2024-kroner



Figur 22: Andel av utgifter til legemidler på H-resept per bruksområde, 2017 vs. 2023

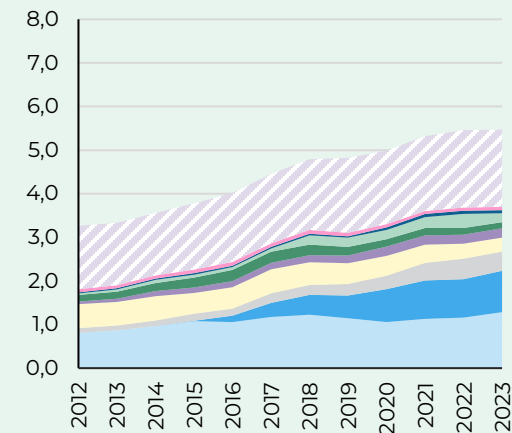


Bruksområder

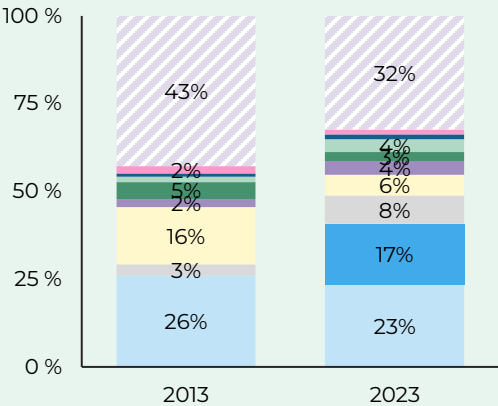
- Uten kodet bruksområde
- Øvrige
- TNF
- Sjeldne sykdommer
- Multipel sklerose
- Kreft
- HIV-forebygging og -infeksjon
- Hepatitt B og C
- Blodkoagulasjon

Kilde: Hdir (2025). Utgifter til legemidler gjennom H-resept per bruksområde. Tall i milliarder 2024-kroner. Klassifiseringen av bruksområder følger Hdirs inndeling. Øvrige bruksområder inkluderer veksthormoner, narkolepsi, transtyretin amyloidose, kolonistimulerende, alvorlig astma, nevroendokrine svulster, immunoglobuliner, anemi og kronisk nyresykdom. I den nederste figuren er dataetiketter mindre eller lik 3 % utelatt for å øke lesbarheten.

Figur 23: Utvikling i fordeling av utgifter til legemidler brukt i sykehus etter bruksområde, i 2024-kroner



Figur 24: Andel av utgifter til legemidler brukt i sykehus per bruksområde, 2013 vs. 2023



Bruksområder

- Uten kodet bruksområde
- Øvrige bruksområder
- LAR / Opiodavhengighet
- Sjeldne sykdommer
- Multipel sklerose
- Øye
- TNF
- Immunoglobuliner
- PD1/PDL1-hemmere
- Kreft

Kilde: Hdir (2025). Utgifter til legemidler brukt i sykehus per bruksområde. Tall i milliarder 2024-kroner. Klassifiseringen av bruksområder følger Hdirs inndeling. I den nederste figuren er dataetiketter mindre eller lik 3 % utelatt for å øke lesbarheten.

Oppsummering



Stabile utgifter til legemidler som andel av helseutgiftene siden 2017

Legemidler utgjør om lag 5,7 prosent av totale offentlige helseutgifter, og har holdt seg rundt dette nivået siden 2017. I perioden fra 2013 til 2017 økte legemiddelutgiftene noe mer enn de totale helseutgiftene. Fra 2017 har legemiddelutgiftene økt 53 prosent, mens de totale helseutgiftene har økt 51 prosent i løpende priser.



Befolkningsendringer er en viktig driver for utviklingen

Utgiftsveksten utover den generelle prisveksten (inflasjon) drives i stor grad av befolkningsendringer. Befolkningen vokser, og en stadig større andel er eldre. I 2013 hentet 69 prosent av befolkningen ut minst ett reseptbelagt legemiddel, mot 75 prosent i 2024.



Flere legemidler er tilgjengelig, og hver enkelt bruker mer enn før

En rekke nye behandlingsalternativer blir tilgjengelig til pasienter hvert år. I tillegg til at større andel av befolkningen tar legemidler nå enn før, bruker den enkelte mer legemidler enn tidligere. Mellom 2013 og 2024 har totalt antall utleverte døgndoser økt med om lag 50 prosent.



VEDLEGG 1

Datakilder, forutsetninger og
fremgangsmåte

oslo**economics**

Folketrygdens utgifter

Beskrivelsen av folketrygdens utgifter til legemidler er basert på data fra to informasjonskilder:

- SSB tabell 10811
- Statsregnskapet

SSB tabell 10811 gir en oversikt over helseutgifter i millioner kroner etter finansieringskilde, type tjeneste, statistikkvariabel og år. Når vi filtrerer etter finansieringskilde (offentlig forvaltning) og type tjeneste (HC.5.1.1-5.1.2 Medisiner), finner vi folketrygdens utgifter til legemidler. Denne posten består igjen av to komponenter. Den ene er folketrygdens utgifter til legemidler gjennom blåreseptordningen, og den andre er folketrygdens utgifter til refusjon av egenbetaling ved nådd frikort.

I **statsregnskapet** finner vi utgiftspost 275170 (legemidler) som angir folketrygdens utgifter til legemidler gjennom blåreseptordningen. Her er ikke refusjoner av egenbetaling ved nådd frikort inkludert, da det utgjør en del av kapittel 2752 i statsregnskapet. Kapittel 2752 omtales i Gul bok som følgende: «Utgiftstaket for egenandeler (egenandelstak) omfatter egenandeler til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, **legemidler** og medisinsk forbruksmaterieell på blå resept samt pasientreiser, fysioterapi, enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling,

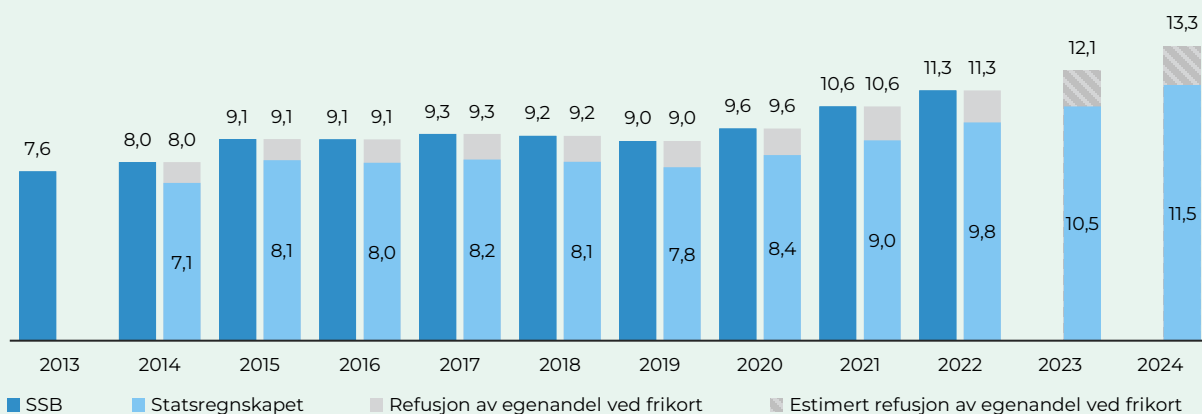
opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak og behandlingsreiser til utlandet».

Differansen mellom beløpene i SSB tabell 10811 og i utgiftspost 275170 i statsregnskapet tilsvarer dermed folketrygdens utgifter til refusjon av egenbetaling for personer med frikort. Dermed finner vi den samlede utgiften til legemidler som finansieres av folketrygden ved å se hen til dataene rapportert av SSB.

Både hos SSB og i statsregnskapet er folketrygdens utgifter til legemidler rapportert inkludert merverdiavgift. Ettersom merverdiavgift ikke er en reell kostnad for det offentlige, men en avgift som tilbakeføres til staten, oppgir vi i denne rapporten utgifter ekskludert merverdiavgift. Korrigeringen gjøres ved å dele de rapporterte beløpene på 1,25, da merverdiavgiften på legemidler er 25 prosent.

Siste oppdatering av SSBs tabell 10811 er for 2022. Vi har derfor estimert utgiften i 2023 og 2024 ved å ta utgangspunkt i utgiftspost 275170 i statsregnskapet og deretter lagt til et anslag for refusjoner basert på gjennomsnittlig andel (15 prosent) i perioden 2018–2022. I perioden 2018–2022 utgjorde refusjoner mellom 14 og 17 prosent av utgiftspost 275170.

Figur 25: Folketrygdens utgifter til legemidler – to potensielle datakilder



Kilde: Statsregnskapet (2025) og SSB (2023). Milliarder kroner ekskludert mva. Løpende priser. Tall for folketrygden i 2023 og 2024 er delvis estimert (grå stiplet søyle), da vi kun har data for direkte refusjoner. Refusjoner ved frikort for disse årene er estimert basert på tall før 2023.

Spesialisthelsetjenestens utgifter

For å identifisere spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler har vi i hovedsak sett hen til:

- SSB tabell 14022: Spesialisthelsetjenesten og underlagsdata til denne statistikken mottatt på epost fra SSB
- Helsedirektoratet: Kostnadsutvikling 2012-2023
- Regnskapstall fra RHFene

SSB tabell 14022 gir en oversikt over kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten etter tjenestemråde i perioden 2006-2024. Her finner vi RHFenes utgifter til *legemidler og andre medisinske forbruksvarer*. Ettersom vi kun er interessert i utgifter til legemidler, tok vi kontakt med SSB og fikk tilsendt dette (konto 400). Videre fikk vi opplyst at utgiftene i tabell 14022 er inklusive merverdiavgift til og med 2016 og eksklusive merverdiavgift fra 2017, som følge av en regelendring som innebærer at helseforetakene ikke lenger betaler mva. når de kjøper varer og tjenester ([SSB, 2018](#)).

Helsedirektoratet publiserer årlig en rapport som viser kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten. Den nyeste rapporten dekker perioden fra 2012 til 2023 ([Hdir, 2025](#)). Rapporten viser kostnader til legemidler i helseforetak med og uten korleksjon for budsjett-overføringer. Tallene som rapporteres er inkludert merverdiavgift. Det oppgis også hvordan utgiftene fordeles mellom hhv. H-resept, legemidler brukt i

sykehus og legemiddelassistert rusbehandling (LAR). For H-resept og legemidler brukt i sykehus finnes det også informasjon om hvordan utgiftene fordeler seg på ulike bruksområder (sykdomsområder).

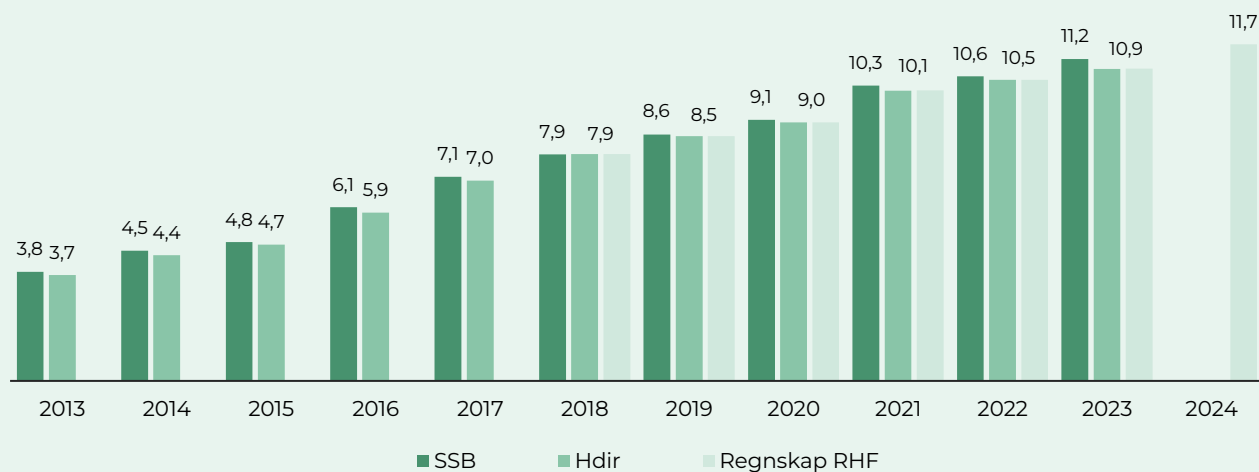
Regnskapstall fra RHFene er en annen kilde til informasjon om spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler. De er tilgjengelige gjennom innsyn. Det er dette datagrunnlaget Helsedirektoratets rapporter er basert på, og tallene fra de to kildene er derfor like.

Som det fremgår av figuren under er det en liten forskjell mellom SSBs tall og tall fra Helsedirektoratet. Det skyldes at tallgrunnlaget til SSB er hentet fra SLS-databasen (Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk) og viser apotekenes salg av legemidler til helseforetakene – altså utgifter til forbrukte legemidler. Hdirs statistikk er på sin side basert på RHFenes regnskap og viser helseforetakenes innkjøp av legemidler.

I denne rapporten benytter vi statistikken til Hdir for å finne spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler. Denne statistikken gir i tillegg oversikt over utgiftstype og bruksområde. Ettersom siste versjon av statistikken er for 2023, er informasjonen for 2024 basert på innsyn i RHFenes regnskap.

I likhet med øvrig statistikk i denne rapporten, oppgir vi utgifter ekskludert merverdiavgift.

Figur 26: Spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler – tre potensielle datakilder



Kilde: Hdir (2025), SSB (2025a) og regnskapstall fra RHFene (2025). Milliarder kroner ekskludert mva. Løpende priser.

Samlede offentlige helseutgifter

I denne rapporten viser vi hvor mye de offentlige utgiftene til legemidler utgjør av totale offentlige helseutgifter. For å finne samlede offentlige helseutgifter har vi sett hen til SSBs helseregnskap (tabell 10811). I statistikken er det mulig å hente ut offentlig forvaltning sine helseutgifter hvert år i perioden fra 2008 til 2022. Dette inkluderer utgifter til:

- Medisinsk behandling (sykehustjenester, legetjenester, allmennlegetjenester, tannlegetjenester, legetjenester fra spesialister, mv.)
- Rehabilitering
- Sykehjemstjenester og hjemmesykepleie
- Støttetjenester (røntgen og laboratorietjenester, ambulanse, mv.)
- Medisinske produkter for pasienter uten innleggelse
- Forebygging og helsefremmende arbeid
- Helseadministrasjon

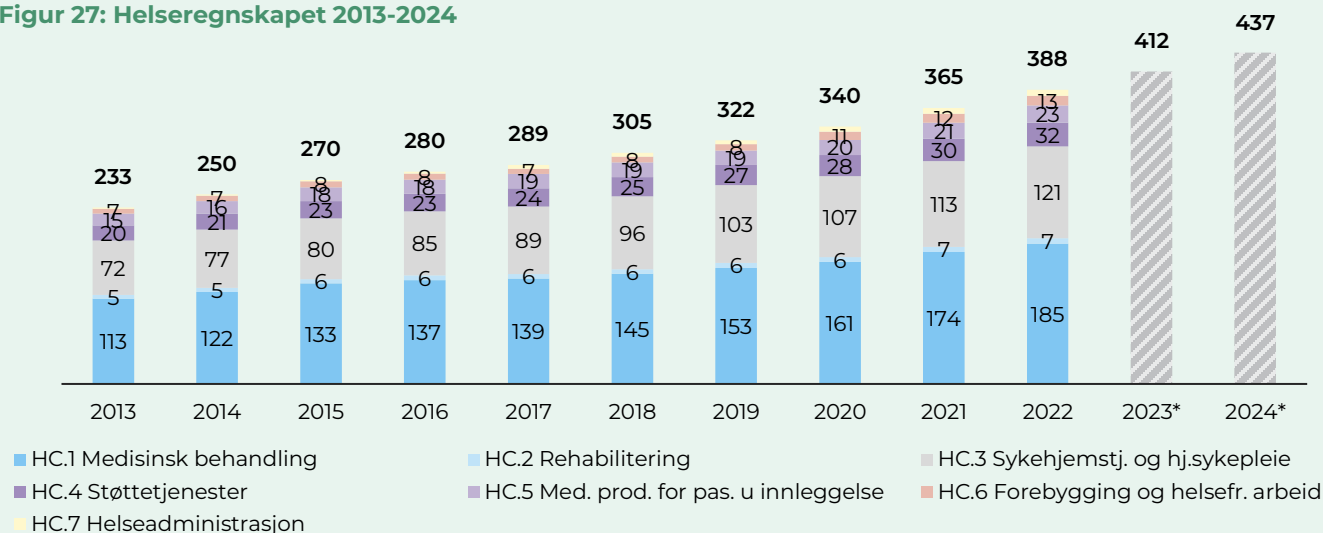
Utgifter til legemidler er en del av disse utgiftene. Folketrygdens utgifter til legemidler inngår under HC.5.1.1-5.1.2 Medisiner. Spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler er en del av tjenesten spesialisthelsetjenesten leverer, og rapporteres derfor ikke som et eget punkt i helseregnskapet, men som en del av tjenestene under HC.1 Medisinsk behandling.

Helseregnskapet er basert på et system for helseregnskap utviklet av OECD («A System of Wealth Accounts»). Systemet er laget for å gi sammenlignbare tall for land uavhengig av organisering av helsetjeneste.

Siste tilgjengelig år i helseregnskapet er 2022. SSB arbeider nå med en revisjon av helseregnskapet som gjør at nyere tall publiseres etter hovedrevisjonen. Siden vi ikke har tilgjengelige tall for 2023 og 2024, har vi estimert totale offentlige helseutgifter for disse årene ved å legge til grunn gjennomsnittlig årlig vekst i perioden 2018 til 2022. I disse årene har den årlige veksten vært mellom 5,4 og 7,2 prosent, med et gjennomsnitt på 6,1 prosent.

Noen av utgiftspostene i helseregnskapet inkluderer merverdiavgift. Siden merverdiavgift ikke er en reell kostnad for staten, har vi ikke inkludert merverdiavgift i telleren når vi beregner hvilken andel utgifter til legemidler utgjør av det totale helseregnskapet. Dette betyr at den faktiske andelen kan være noe høyere, fordi nevneren blir noe lavere om merverdiavgift tas ut. Det er imidlertid vanskelig å identifisere nøyaktig hvilke poster som inkluderer eller ekskluderer merverdiavgift, og derfor ikke mulig å skille ut dette presist. Effekten er trolig begrenset da det ikke påløper merverdiavgift på de viktigste utgiftkomponentene.

Figur 27: Helseregnskapet 2013-2024



Kilde: SSB (2023). Tall i milliarder kroner i løpende priser. Helseutgifter 2023 og 2024 er estimert ved å legge til grunn gjennomsnittlig årlig vekst i perioden 2018 til 2022. Etiketter mindre enn 5 er fjernet fra figuren.

Korrigerende av data og analyse av drivere

Korreksjon for inflasjon

For å presentere sammenlignbare tall, justerer vi løpende utgifter til inflasjonsjusterte 2024-kroner. Denne justeringen gjør det mulig å sammenligne utgifter over hele perioden vi ser på. Vi benytter SSBs generelle konsumprisindeks (tabell 03014) til denne korrigeringen. Dette er også samme KPI-mål som benyttes av Vista Analyse i deres områdegjennomgang av legemidler under folketrygden (2021).

I Hdir's rapport om kostnader til legemidler i helseforetak (2025), benyttes prisindeks for legemidler (SSB-tabell 03014, undergruppe 06.1.1 Legemidler) til å korrigerer for prisutvikling. Som det fremgår av Figur 28, har indeksene jevnt over utviklet seg likt. Likevel har legemiddelindeksen i perioden fra 2013 til 2024 hatt noe lavere vekst enn den generelle konsumprisindeksen. Mellom 2013 og 2024 har den generelle prisindeksen økt 39 prosent, mens legemiddelindeksen har økt 31 prosent.

Analyse av drivere basert på utvikling i antall definerte døgndoser (DDD)

Vi benytter FHIs legemiddelregister (LMR) (2025) til å analysere endringer i forbruket av legemidler. LMR inneholder informasjon om hvilke legemidler som har blitt utlevert fra apotek, på resept eller rekvisisjon, fra 2004 og fremover. Registeret inkluderer både

legemidler på resept som er finansiert offentlig og legemidler på resept som er brukerfinansiert. Det betyr at statistikken gir en oversikt over utleveringer av alle reseptbelagte legemidler, også de som ikke er en del av denne rapportens søkelys.

Når vi korrigerer utgiftene for økt legemiddelforbruk basert på utvikling i DDD (Figur 5 i rapporten), innebærer dette en forutsetning om at utlevering av brukerfinansierte legemidler og legemidler finansiert av staten har utviklet seg likt.

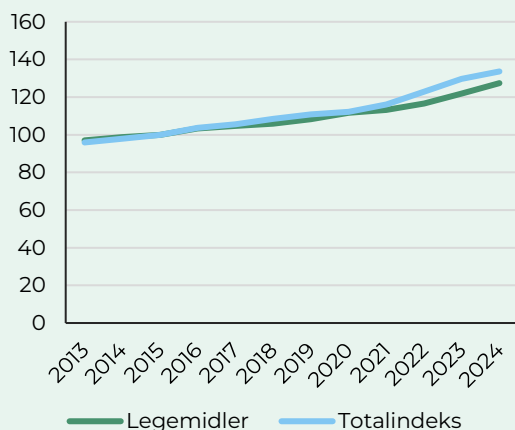
Håndtering av merverdiavgift

I denne rapporten presenterer vi utgifter ekskludert merverdiavgift. Det skyldes at merverdiavgift ikke er en reell kostnad for det offentlige, men en avgift som tilbakeføres til staten.

Korreksjon for budsjettoverføringer

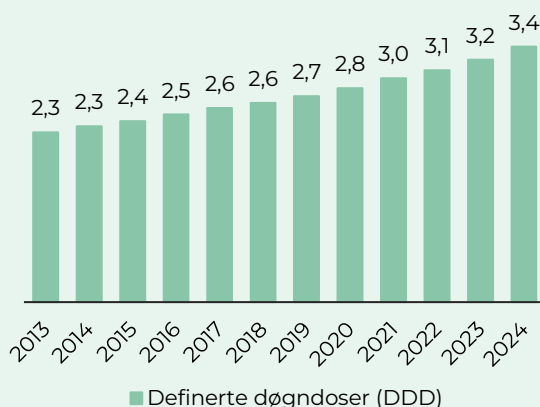
I perioden 2012-2023 har ansvaret for flere legemiddelområder blitt overført fra folketrygden til H-reseptordningen i spesialisthelsetjenesten. Vi har hensyntatt budsjettoverføringer i rapporten, basert på informasjon om årlige budsjettoverføringer fra Hdir (2025). Rapporten tar dermed for seg de legemiddelområdene som hhv. folketrygden og spesialisthelsetjenesten har finansieringsansvar for i dag. Se Tabell 1 i Vedlegg 2 for tall på budsjettoverføringene.

Figur 28: Konsumprisindeksen, 2013-2024



Kilde: SSB (2025c). 2015=100.

Figur 29: Utvikling i antall definerte døgndoser (DDD), 2013-2024



Kilde: FHI (2025). Milliarder DDD.

Merknad om merverdiavgift

I denne rapporten presenterer vi utgifter til legemidler ekskludert merverdiavgift. Det skyldes at merverdiavgift ikke er en reell kostnad for det offentlige, men en avgift som tilbakeføres til staten. For å identifisere de *faktiske* offentlige utgiftene til legemidler, er det derfor kostnader ekskludert merverdiavgift vi er interessert i.

Hvordan merverdiavgift er håndtert i de ulike statistikkildene varierer. Eksempelvis er spesialisthelsetjenestens utgifter til legemidler i SSB (tabell 14022) inklusive merverdiavgift til og med 2016 og eksklusive merverdiavgift fra 2017. Videre har vi fått opplyst fra SSB at folketrygdens utgifter til legemidler (SSB tabell 10811, Helseregnskapet) er rapportert inklusive merverdiavgift i hele perioden.

Andre offentlige helseutgifter, slik som utgifter til helsetjenester, er på sin side unntatt merverdiavgift, jf. § 3-2 i merverdiavgiftsloven. Dermed inneholder Helseregnskapet til SSB (tabell 10811) komponenter både *med* og *uten* merverdiavgift, men vi vet ikke hvor stor andel som inkluderer merverdiavgift. Når vi skal beregne hvilken *andel* kostnader til legemidler utgjør av de samlede offentlige helseutgiftene (SSB tabell 10811), får vi dermed et måleproblem – fordi kun deler av totalen er inkludert mva.

Ettersom det ikke er mulig å identifisere hvilke komponenter i totalen som inkluderer merverdiavgift,

har vi valgt å ikke justere nevneren (totalen) i beregningen av legemiddelandelen. Nevneren er derfor det samme tallet som kan hentes fra SSB-tabell 10811. I telleren har vi derimot benyttet legemiddelutgifter ekskludert merverdiavgift.

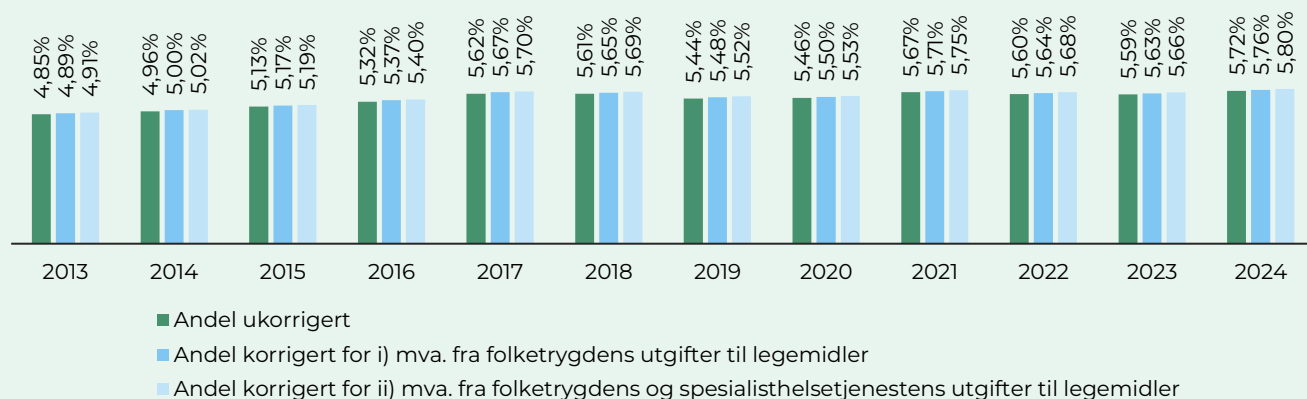
Det er et viss utfordring ved denne fremgangsmåten, ettersom vi vet at folketrygdens utgifter til legemidler i SSB-tabell 10811 er inklusive merverdiavgift i totalen. For spesialisthelsetjenesten vet vi ikke hvordan merverdiavgift er håndtert i totalen, da disse utgiftene inngår som en del av medisinsk tjenesteyting og ikke som en egen post.

Formålet med analysen er imidlertid å undersøke endringer over tid i andelen legemiddelutgifter. I denne sammenhengen er det derfor ikke avgjørende hvordan merverdiavgift er håndtert, så lenge fremgangsmåten er konsistent over hele perioden.

I tabellen under har vi likevel illustrert hvordan andelen påvirkes av om vi i) trekker ut folketrygdens andel av merverdiavgift fra nevneren (totalen) og ii) trekker ut både folketrygdens og spesialisthelsetjenestens andel av merverdiavgift fra nevneren (totalen).

Som figuren viser, er forskjellene marginale og har lite betydning for resultatene presentert i denne rapporten.

Figur 30: Illustrasjon av konsekvens av håndtering av merverdiavgift ved analyse av offentlige legemiddelutgifter som andel av totale offentlige helseutgifter



Kilde: Hdir (2025), Statsregnskapet (2025) og SSB (2023). Tall for folketrygden og totale helseutgifter i 2023 og 2024 er delvis estimert basert historiske data, se vedlegg.

VEDLEGG 2

Supplerende tabeller

oslo**economics**



Tabell 1: Legemiddelutgifter

Beskrivelse	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Legemiddelutgifter i løpende priser ekskludert merverdiavgift												
Folketrygden	7 618	8 035	9 071	9 058	9 304	9 228	8 998	9 552	10 550	11 270	12 149	13 269
Spesialisthelsetjenesten	3 683	4 381	4 743	5 858	6 972	7 895	8 523	9 005	10 107	10 490	10 866	11 722
Korrigerings av budsjettoverføringer												
Budsjettoverføringer	3 755	3 558	3 675	2 775	2 215	1 401	506	298	6	0	0	0
Folketrygden korrigert	3 863	4 478	5 396	6 283	7 089	7 827	8 492	9 254	10 545	11 270	12 149	13 269
Spesialisthelsetjenesten korrigert	7 438	7 938	8 418	8 634	9 187	9 296	9 029	9 302	10 113	10 490	10 866	11 722
Legemiddelutgifter korrigert for budsjettoverføringer og inflasjon (2024-kroner)												
Folketrygden korrigert	5 382	6 110	7 209	8 103	8 977	9 647	10 239	11 019	12 134	12 262	12 524	13 269
Spesialisthelsetjenesten korrigert	10 363	10 833	11 247	11 134	11 634	11 457	10 887	11 077	11 637	11 413	11 202	11 722
Spesialisthelsetjenesten korrigert for budsjettoverføringer, fordelt på område												
Spesialisthelsetjenesten	7 130	7 438	7 938	8 418	8 634	9 187	9 296	9 029	9 302	10 113	10 490	10 866
H-resept	4 708	4 925	5 192	5 461	5 391	5 535	5 266	4 914	4 992	5 372	5 348	5 447
Legemidler brukt i sykehus	2 291	2 386	2 605	2 823	3 113	3 516	3 890	4 000	4 190	4 617	5 019	5 299
LAR	131	126	142	135	130	136	140	115	119	124	122	120

Kilder: SSB (2023, 2025a og 2025b), Hdir (2025) og Statsregnskapet (2025). Millioner kroner ekskl. mva.

Tabell 2: Utgifter til legemidler som andel av total

Beskrivelse	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Legemiddelutgifter som andel av totale offentlige helseutgifter												
Legemiddelutgifter folketrygden + RHFene, ekskl. mva.	11 302	12 416	13 814	14 917	16 276	17 123	17 521	18 557	20 658	21 761	23 016	24 991
Totale offentlige helseutgifter	233 172	250 328	269 549	280 159	289 366	305 311	321 825	339 961	364 531	388 466	412 044	437 054
Legemidler som andel av total	4,85 %	4,96 %	5,13 %	5,32 %	5,62 %	5,61 %	5,44 %	5,46 %	5,67 %	5,60 %	5,59 %	5,72 %
Folketrygdens legemiddelutgifter som andel av folketrygdens samlede utgifter – ikke korrigert for budsjettoverføringer												
Legemiddelutgifter folketrygden, inkl. mva.	9 523	10 044	11 339	11 323	11 630	11 535	11 247	11 940	13 188	14 088	15 187	16 586
Totale utgifter folketrygden	368 100	389 928	420 461	437 087	450 000	460 219	477 454	532 396	548 867	564 215	611 998	663 702
Legemidler som andel av total	2,59 %	2,58 %	2,70 %	2,59 %	2,58 %	2,51 %	2,36 %	2,24 %	2,40 %	2,50 %	2,48 %	2,50 %
Folketrygdens legemiddelutgifter som andel av folketrygdens samlede utgifter – korrigert for budsjettoverføringer												
Legemiddelutgifter folketrygden korr. for budsjettoverf., inkl. mva.	4 829	5 597	6 745	7 854	8 861	9 784	10 615	11 568	13 181	14 088	15 187	16 586
Totale utgifter folketrygden, korr. for budsjettoverf.	364 345	386 370	416 786	434 312	447 785	458 818	476 948	532 098	548 861	564 215	611 998	663 702
Legemidler som andel av total, korr. for budsjettoverf.	1,33 %	1,45 %	1,62 %	1,81 %	1,98 %	2,13 %	2,23 %	2,17 %	2,40 %	2,50 %	2,48 %	2,50 %
Spesialisthelsetjenestens legemiddelutgifter som andel av spesialisthelsetjenestens samlede utgifter – ikke korrigert for budsjettoverføringer												
Legemiddelutgifter spesialisthelsetjenesten, ekskl. mva.	3 683	4 381	4 743	5 858	6 972	7 895	8 523	9 005	10 107	10 490	10 866	11 722
Totale driftsutgifter spesialisthelsetjenesten	119 577	110 447	138 357	139 412	138 600	142 757	151 745	154 211	167 895	178 966	188 638	201 473
Legemidler som andel av total	3,08 %	3,97 %	3,43 %	4,20 %	5,03 %	5,53 %	5,62 %	5,84 %	6,02 %	5,86 %	5,76 %	5,82 %
Spesialisthelsetjenestens legemiddelutgifter som andel av spesialisthelsetjenestens samlede utgifter – korrigert for budsjettoverføringer												
Legemiddelutgifter spesialisthelsetjenesten, ekskl. mva.	7 438	7 938	8 418	8 634	9 187	9 296	9 029	9 302	10 113	10 490	10 866	11 722
Totale driftsutgifter spesialisthelsetjenesten	123 332	114 005	142 032	142 187	140 815	144 158	152 251	154 509	167 901	178 966	188 638	201 473
Legemidler som andel av total	6,03 %	6,96 %	5,93 %	6,07 %	6,52 %	6,45 %	5,93 %	6,02 %	6,02 %	5,86 %	5,76 %	5,82 %

Kilder: SSB (2023, 2025a og 2025b), Hdir (2025) og Statsregnskapet (2025). Millioner kroner.

Tabell 3: Legemiddelforbruk målt i antall DDD (etter alder og ATC-gruppe*)

Beskrivelse	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
0–29 år												
G	80 177	83 623	89 286	96 022	96 815	96 151	96 248	93 791	90 293	84 712	83 271	83 290
N	33 078	35 555	36 674	37 900	41 623	42 646	45 350	47 816	52 808	57 781	62 553	66 594
R	43 129	47 166	46 902	48 137	50 656	50 976	55 671	56 871	60 282	58 373	60 659	62 786
A	14 191	15 902	17 716	20 376	25 000	26 202	26 789	27 682	31 910	33 393	35 991	39 313
B	5 092	5 631	6 361	6 744	7 488	7 435	7 469	8 146	9 436	10 534	11 567	13 369
30–49 år												
N	94 486	95 874	95 995	96 425	97 955	98 275	101 216	105 786	110 793	115 536	121 314	128 103
A	43 939	47 480	51 297	55 721	62 424	63 586	64 945	68 699	77 185	82 753	92 202	100 629
R	60 411	64 365	65 222	66 546	69 372	69 962	75 778	80 632	85 082	83 576	86 587	90 184
G	41 230	42 673	44 103	45 775	47 311	48 662	50 439	51 925	52 682	54 187	57 693	64 138
C	55 688	54 800	54 651	54 945	55 126	55 229	55 528	57 089	58 170	59 225	61 755	63 741
50–69 år												
C	348 070	348 588	348 394	348 631	349 525	355 111	360 944	375 257	388 648	402 568	415 846	431 237
A	110 587	118 058	125 535	134 195	144 054	149 572	154 109	162 334	176 655	190 576	207 547	224 305
N	133 737	137 535	138 957	139 996	141 017	142 256	146 744	151 594	156 901	161 654	165 354	169 218
R	95 962	100 110	102 643	105 299	108 808	110 937	116 746	121 834	126 311	127 747	131 046	134 293
B	90 570	90 863	91 544	92 051	92 204	93 886	94 681	95 352	97 694	100 573	102 559	108 201
70+ år												
C	328 078	339 757	352 844	370 004	384 041	402 402	420 211	442 277	464 117	487 241	508 393	534 945
A	87 392	95 269	103 558	114 072	125 047	133 792	139 615	148 767	159 578	169 525	181 200	196 038
B	108 281	111 472	116 128	123 103	128 579	135 560	140 310	144 241	149 063	154 270	158 633	166 633
N	86 916	90 199	92 347	96 303	99 298	101 638	104 905	109 505	114 187	118 551	122 288	126 478
R	52 758	56 133	59 905	64 181	68 207	71 989	76 360	80 099	83 001	85 104	88 469	91 794

Kilde: LMR (2025). Antall 1 000 DDD. Tabellen viser kun tall for de fem ATC-gruppene med flest DDD for hver aldersgruppe i 2024 .

A = Fordøyelsesorganer og stoffskifte. B = Blod- og bloddannende organer. C = Hjerte og kretsløp. G = Urogenitalsystem og kjønns hormoner. N = Nervesystemet. R = Respirasjonsorganer.

Referanser

- FHI (2024) *Data på utgifter til covid-19-vaksiner oversendt per epost fra FHI til Oslo Economics, 1. juli 2024.*
- Helsedirektoratet. (2019, 14. mars) *Tredelt finansieringsansvar for legemidler.* Helsedirektoratet.no. <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/diagnose-og-behandling/legemidler/legemiddelfinansiering/refusjon-av-legemidler>
- Helsedirektoratet. (2024, 20. desember). *Overføring av finansieringsansvar for legemidler.* Helsedirektoratet.no. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/overforing-av-finansieringsansvar-for-legemidler>
- Helsedirektoratet. (2025). *Kostnadsutvikling 2012-2023.* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kostnader-til-legemidler-i-helseforetak-20122023>
- Hove, I.H. (SSB) (2018, 22.juni). *Lavere kostnader for sykehusene på grunn av momsfritak.* SSB.no. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/lavere-kostnader-pa-grunn-av-momsfritak>
- Dalen, D.M; Holden, M.B; Lian, Ø; Rasmussen, I; & Skulstad, A. (2021). *Riktige legemidler til rett pris* (rapportnummer 2021/01). Vista Analyse & EY. <https://www.regjeringen.no/contentassets/64131807ce574a6db6ccb5f321dd3629/riktige-legemidler-til-rett-pris.pdf>

Datakilder

- FHI (2025). *Legemiddelregisteret.* FHI.no. <https://www.fhi.no/he/legemiddelregisteret/>. [Lastet ned september 2025].
- Hdir (2025). *Kostnadsutvikling 2012-2023.* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kostnader-til-legemidler-i-helseforetak-20122023>
- SSB (2023). *Tabell 10811: Helseutgifter, etter finansieringskilde og type tjeneste (mill. kr) 2008 – 2022.* SSB.no. <https://www.ssb.no/statbank/table/10811> [Lastet ned mai 2025, sist endret 19.10.2023]
- SSB (2025a). *Tabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten, etter tjenesteområde og helseforetak 2006 – 2024.* SSB.no <https://www.ssb.no/statbank/table/14022> [Lastet ned august 2025, sist endret 24.06.2025]
- SSB (2025b). *Tabell 08981: Konsumprisindeksen.* SSB.no <https://www.ssb.no/statbank/table/08981> [Lastet ned mai 2025, sist endret 10.01.2025]
- SSB (2025c). *Tabell 03014: Konsumprisindeks, etter konsumgruppe (2015=100) 1979 – 2024.* SSB.no <https://www.ssb.no/statbank/table/03014> [Lastet ned mai 2025, sist endret 10.01.2025]
- Statsregnskapet (2025). Statsregnskapet.dfo.no. [Inntekter og utgifter | statsregnskapet.no](https://statsregnskapet.no) [Lastet ned mai 2025].



osloeconomics

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo